

Kazuistika suicidující pacientky

MUDr. Ilona Divácká, MBA

Psychiatrická ambulance, Praha 10

Dle literárních údajů až 73 % pacientů navštívilo lékaře v měsíci před sebevraždou. Nejčastěji udávali nespecifické nebo tělesné potíže. Uváděná pacientka navštívila jednorázově psychiatra a posléze byla v kontaktu s několika dalšími lékaři, včetně toho, že byla hospitalizována. Sebevražedné úvahy či tendence nebyly vyexplorovány na žádném stupni kontaktu.

Klíčová slova: sebevražda, rizikové faktory, zolpidem, hypacusis.

Case interpretation of the suicidal patient

73 % of suicide patients visited a physician during the month before death. Mostly they complained about unspecified or somatic concerns. Our patient visited a psychiatrist once. Later she was in contact with several physicians. Hospitalized as well. Suicide ideations or tendencies were not explored at any stage of contact.

Key words: suicide, risk factors, zolpidem, hypacusis.

Psychiatr. praxi 2012; 13(1): 25–26

Úvod

Sebevražda je akt vědomého a úmyslného ukončení života. V ČR je sebevražda druhá nejpočetnější příčina nepřírozeného úmrtí.

Sebevražda patří mezi poruchy jednání (1). Jakožto patický čin se vyskytuje v průběhu těžkých depresí nebo schizofrenie, motivace je pak chorobná, psychotická. Sebevražedný pokus (tentamen suicidii) je častěji vyprovokován zevními vlivy. Riegel našel v uvažování budoucích sebevrahů určitá opakuji se témata – izolace od okolí, stažení do sebe, autoakuzace, tlumená autoagrese, sebevražedné úvahy, sny a fantazie (2).

Vzhledem k možným ambivalentním postojům k sebevraždě navrhuje Stengel suicidium definovat jako každý známý sebeпоškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda ho přežije (3). Z hlediska charakteru a rizika jednotlivých forem suicidálního jednání bývají uváděny dva modely – kontinuální a diskontinuální (4). Kontinuální model předpokládá postupný nárůst rizika u jednotlivých forem, rozdíl je pouze kvantitativní. Teorie diskontinuální považuje rozdíly mezi jednotlivými formami nejen za kvantitativní, ale i kvalitativní.

Starší pacient s velkou pravděpodobností nejprve vyhledá svého praktického lékaře. Deprese u pacientů ve vyšším věku se může prezentovat somatickými příznaky, jako je bolest hlavy nebo tlak na hrudi, které mohou lékaře zmást. Je proto potřeba, aby se i praktický lékař snažil vyexplorovat depresivní příznaky a sebevražedné myšlenky. Někteří lékaři mají problém se pacienta na sebevražedné myšlenky zeptat z obavy, aby je pacientovi neimplantovali. Tato obava je ale neopodstatněná, protože nebylo prokázáno, že by diskuze s pacientem o sebe-

vražedných úvahách vedla k tomu, že pacient sebevraždu spáchá.

Juurink, a kol. (5) uvádějí, že 73 % suicidujících pacientů v jejich souboru navštívilo lékaře v měsíci před sebevraždou. U pacientů, kteří navštívili lékaře týden před sebevraždou, byly nejčastěji udávány potíže úzkost, nespecifické gastrointestinální potíže, deprese, nespecifické kardiální příznaky a hypertenze.

V metaanalýze 13 studií (6), které se zabývaly poruchou sluchu a sebevražedností, bylo zjištěno, že není rozdíl mezi tím, zda se člověk s poruchou sluchu narodil, nebo ji získal během života, co se týče rizika sebevraždy. Také bylo zaznamenáno 10x vyšší riziko sebevražd u pacientů s tinitem (7). Problémy, které sebevraždě předcházejí, se ale neliší v populaci slyšících a neslyšících – rodinné a vztahové problémy, sociální izolace, konkomitantní psychiatrické onemocnění.

Vlastní případ

Pacientka, 79 let, vdova, ve starobním důchodu, dříve pracovala jako švadlena. Od r. 2008 žila v domově pro seniory, byla plně soběstačná.

V době sebevraždy měla v anamnéze stp. TEP coxae I. sin. (2007), DM II. na dietě a PAD od r. 1994, hypertenzní chorobu od r. 1993, chronickou pankreatitidu, ICHS, stp. IM (1986), stp. CHCE (1975), stp. hysterektomii, stp. polypektomii adenomu rekta (2001), praktickou hluchotu.

V rodině pacientky se nikdo na psychiatrii neléčil. Alkohol nepila, nekouřila.

U psychiatra byla vyšetřena pouze jednou v prosinci 2009. Dlouhodobě užívala zolpidem, jen 1 tbl. denně, v podstatě si jen přišla pro předpis, dosud jí léky psal praktický lékař.

Popírala, že by jí kolísala nálada, hmotnost se jí neměnila, zvláštní zážitky nikdy neměla. Popírala myšlenky na sebevraždu. Pacientce byla nabídnuta alternativní léčba antidepresivy (trazodon nebo mirtazapin), což odmítla, protože údajně nepotřebovala více zolpidemu než 1 tbl. denně, a to považovala za postačující. Byla objednána na kontrolu za 3 měsíce.

V dokumentaci pacientky je uvedeno, že začátkem dubna 2010 navštívila svého praktického lékaře na pravidelnou kontrolu tlaku, cestou upadla na zem, byla v bezvědomí, udávala bolesti za sternem a říkala, „že asi umře a chtěla by, aby už nedělala potíže“. Byla odvezena RZP do nemocnice na vyšetření.

Následně byla necelý týden hospitalizována ve FNKV, v laboratorním vyšetření byly kardiopospecifické enzymy opakovaně negativní, negativní D dimery, EKG bez známek akutní ischemie, echokardiograficky normální funkce levé komory, bez významné chlopenní vady, částečně organizovaný perikardiální výpotek bez známek tamponády. V močovém sedimentu přítomna bakteriurie a leukocyturie, byla nasazena ATB terapie. V neurologickém konziliu zaznamenány opakované úzkostné stavy. Propuštěna oběhově stabilní. Doporučená medikace: Prestarium, Furon, Glimepirid, Ranisan, Degan, Siofor, Isochol, Neurol 0,5 mg tbl. 1-0-1.

Po propuštění vyhledala praktického lékaře na kontrolu tlaku, opět byla bez obtíží a den poté spáchala sebevraždu – suicidovala skokem v domě, kde žila její dcera.

Diskuze

Pacientka v období krátce před sebevraždou vyhledala několikrát svého praktického léka-

ře a byla hospitalizována, což je v souladu s již ověřeným tvrzením, že se takto pacienti krátce před sebevraždou chovají.

Rizikové faktory sebevražedného jednání u pacientky:

Hluchota – pacientka měla nosit naslouchadlo, což ale nečinila, proto komunikace s ní byla ztížená, ale byla schopna odezírat. Hluchota ovšem nevedla k tomu, že by pacientka byla paranoidní.

Stresující faktory – dcera pacientky se léčila s rakovinou. Pacientka o tom přímo nehovořila s lékařem, ale s ostatním personálem, takže je zřejmé, že ji to trápilo.

Užívání hypnotik – pacientka užívala dlouhodobě zolpidem. Carlsen a Waern (8) uvádějí ve své studii suicidujících pacientů, že sedativa zvyšovala riziko sebevraždy 14x a hypnotika 4x bez ohledu na to, v jaké byla podávána indikaci. Námi uvedená pacientka užívala dlouhodobě zolpidem a krátce před sebevraždou jí byl v nemocnici nasazen alprazolam.

Polymorbidita – somatická onemocnění jsou také rizikovým faktorem suicidality. Bylo zjištěno (9), že počet tělesných onemocnění koreluje s rizikem sebevraždy. U pacientů, kteří měli 3 tělesná onemocnění, se zvyšovalo riziko

sebevraždy 3x, s 5 onemocněními 5x, se 6 onemocněními 9x.

Už sama přítomnost psychiatrického onemocnění zvyšuje riziko sebevraždy (10).

Vzájemná kombinace různých rizikových faktorů ještě zvyšuje pravděpodobnost sebevraždy u postižených jedinců.

Závěr

Potvrdilo se, že pacientka, která později spáchala sebevraždu, v krátké době před tímto činem vyhledala opakovaně lékařskou péči, aniž by referovala o depresivní náladě či sebevražedných úvahách. Pouze v neurologickém vyšetření provedeném během hospitalizace byla zmínka o úzkostných stavech.

U pacientky bylo také nalezeno několik rizikových faktorů. Přesto se tato pacientka nejevila řadě lékařů, se kterými přišla v posledních dnech svého života do styku, suicidální.

Literatura

1. Pavlovský P, a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada Publishing 2001: 232.
2. Ringel E. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1976; 6(3): 131–149.
3. Jacobs D, Brown H. Suicide: understanding and responding. Madison, International Universities Press, Inc., 1989.

4. Koutek J, Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003.

5. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in elderly. Arch Internal Med. 2004; 164: 1179–1184.

6. Lewis J, Stephens D, Huws D. Suicide in tinnitus sufferers. J Audiologic Med 1992; 1: 30–37.

7. De Leo D, Hickey AP, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss and suicide. Psychosomatics 1999; 40: 339–344.

8. Carlsen A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in elderly? BMC Geriatrics 2009; 9: 20.

9. Herrmann N. The contribution of medical illness to suicide in seniors. Program and abstracts of the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry Annual Meeting; November 3, 2003; Halifax, Nova Scotia, Canada.

10. Nordentoft M, Mortensen P, Pedersen CB. Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(10): 1058–1064.

Článek doručen redakci: 2. 9. 2011

Článek přijat k publikaci: 26. 10. 2011

MUDr. Ilona Divácká, MBA

Psychiatrická ambulance
Tuklatská 644/6, 100 00 Praha 10
divacka@seznam.cz
